

高額介護合算療養費等支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

	人中		人目
--	----	--	----

申請対象年度	平成 年度	申請区分	1.新規	2.変更	3.取下げ	(保険者等記入欄)	支給申請書整理番号	
--------	-------	------	------	------	-------	-----------	-----------	--

申請形態	1.計算期間末日以降申請 (期間中死亡・生保適用・海外移住者なし)	2.計算期間末日以降申請 (期間中死亡者あり)	3.計算期間末日以降申請 (期間中生保適用・海外移住者あり)	4.死亡・海外移住等計算期間中申請
------	-----------------------------------	-------------------------	--------------------------------	-------------------

被保険者	フリガナ		生年月日	生	性別	個人番号									
	氏名					計算期間の始期及び終期									

後期高齢者医療資格情報

保険者番号	被保険者番号	広域連合名称	加入期間
39040000		宮城県後期高齢者医療広域連合	年 月 日から 年 月 日まで

介護保険資格情報

保険者番号	被保険者番号	保険者名称	加入期間
			年 月 日から 年 月 日まで

振込口座 記入欄	銀行 信用金庫 農協 信用組合	金融機関 コード	本店 支店 出張所	店舗 コード	種目	口座番号	フリガナ	口座管理 番号	振込先口座 管理番号
							口座名義人		
					1.普通預金 2.当座預金 9.その他				

振込口座は原則として、申請者の口座を指定してください。
 やむを得ず申請者以外の口座を指定される場合は、右欄に署名捺印してください。

私は、上記の口座名義人に振込委任します。 氏名 (印)

保険者 加入歴	保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号	備考欄
	1	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		
2	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで			

確認欄

資格 有 / 計算期間中取得 (年齢到達・広域外転入・障害認定) ⇒ 自己負担額証明書 (有・無 (理由))
死亡 ⇒ 受領申出 (/ 済) 負担区分 (低Ⅰ・低Ⅱ・一般・現Ⅰ・現Ⅱ・現Ⅲ)
医療費助成 (対象・対象外)

宮城県後期高齢者医療広域連合長 様
 市 (区) 町村長 様

年 月 日

① 高額介護合算療養費 (高額医療合算介護 (予防) サービス費) の支給を申請します。

被保険者氏名 (申請者) (印)

② 自己負担額証明書の交付を申請します。

電話番号 - -

※自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②のいずれも丸で囲んでください。
 高額介護合算療養費 (高額医療合算介護 (予防) サービス費) の支給申請を行う場合、①のみを丸で
 囲んでください。

郵便番号 -

住 所